

CARTA DE VERIFICACIÓN DE RESULTADOS Y ACCIÓN ADVERSA

Nombre(s) del(de los) niños(s): _____

Escuela: _____

Fecha: _____

Estimado(a) _____:

Hemos completado la verificación de la elegibilidad de su(s) hijo(s). A partir _____ la
(10calendar days from the date sent)

elegibilidad de su(s) hijo(s) para beneficios de comida:

_____ Cambiará de gratuito a precio rebajado porque su ingreso sobrepasa el monto permisible. El cargo por precio rebajado es de _____ centavos para el almuerzo y _____ centavos para el desayuno. Usted debe informar a la escuela cuando el ingreso de su grupo familiar aumente en más de \$50 al mes (\$600 al año) o cuando el tamaño de su grupo familiar disminuya.

_____ Cesará por la(s) siguiente(s) razón(es):

_____ su ingreso sobrepasa el monto permisible para comidas gratuitas o a precio rebajado;
_____ no proporcionó comprobante de su actual elegibilidad. Falta la siguiente información:

_____ los expedientes muestran que no está recibiendo cupones para alimentos / "TANF" en este momento.

A partir de este mismo momento la elegibilidad de su(s) hijo(s) para beneficios de comida:

_____ Cambiará de precio rebajado a gratuito porque su ingreso se encuentra dentro de los límites de elegibilidad para comida gratuita. Su(s) hijo(s) recibirá(n) comidas sin costo alguno. Usted debe informar a la escuela cuando el ingreso de su grupo familiar aumente en más de \$50 al mes (\$600 al año) o cuando el tamaño de su grupo familiar disminuya.

Si usted no es elegible para beneficios ahora, pero el ingreso de su grupo familiar disminuye, queda cesante o tiene un aumento en el tamaño de su grupo familiar, puede completar un formulario para volver a solicitar beneficios.

Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede hablar sobre ello con: _____ (verifying official)

el derecho a una audiencia imparcial. Si solicita una audiencia antes del _____, su(s) hijo(s) continuará(n) recibiendo

_____ hasta que el oficial de audiencias tome la decisión. Puede solicitar una audiencia
(free or reduced price meals)

imparcial llamando o escribiéndole al siguiente funcionario:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número telefónico: _____

Atentamente,

El Departamento de Agricultura de los EE.UU. ("USDA") prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades en base a la raza, color de la piel, país de origen, género, edad o discapacidad. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación de la información del programa (Braille, letras grandes, cinta de audio, etc.) deben comunicarse con el Centro TARGET de "USDA" al (202) 720-2600 (voz y para sordos).

Para presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5946 (voz y para sordos). "USDA" es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.